N° 194.
8.

ESSAI

SUR LES

HÉMORRHAGIES UTÉRINES

PENDANT LA GROSSESSE,

pendant le travail et après l'Accouchement.

Thèse académique

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

le 23 *décembre* 1837,

Par P. DEVELLE,

de NOLAY (Côte-d'Or),

Ancien Officier de santé de la Faculté de Médecine de Montpellier,
Membre correspondant de la Société médico-chirurgicale de la même ville;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Custodiâ et scientiâ multâ opus est, ut in uteris gestent puerum et enutriant, et ut evadant ab ipso in partu.

(HIPP. De morbis mulierum, lib. I.)

A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de Médecine,

près l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1837.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

Regrets !!!

A MA MÈRE

ET

A MON BEAU-PÈRE.

Reconnaissance.

A MES FRÈRES.

Amitié.

DEVELLE.

ESSAI

SUR LES

HÉMORRHAGIES UTÉRINES

PENDANT LA GROSSESSE,

PENDANT LE TRAVAIL ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Judicium difficile, occasio præceps.....
HIPP., aph.

Avant-Propos.

PARMI les nombreuses maladies auxquelles les femmes sont exposées, il n'en est point de plus digne de fixer notre attention que l'hémorrhagie utérine puerpérale, puisqu'elle peut, au même moment, précipiter dans la tombe et la mère et le fruit qu'elle porte en son sein.

Peut-être, avant d'entrer en matière, aurais-je dû énumérer les changements anatomiques et physiologiques de l'utérus pendant la grossesse, donner quelques détails sur l'union du fœtus avec cet organe, faire apprécier les phénomènes de l'accouchement et ceux qui succè-

dent à cette fonction ; mais quelque laconisme que j'eusse pu mettre dans des considérations pareilles, elles auraient, sans contredit, exigé beaucoup trop d'extension pour devoir servir de prolégomènes à un simple tribut académique.

Séduit et entraîné par un sentiment de philanthropie, je n'ai pas, je l'avoue, assez consulté mes forces dans le choix d'un tel sujet. Aussi, quand j'ai été engagé à l'œuvre, n'a-t-il fallu rien moins que l'appui des auteurs et le peu de secours tiré de ma propre expérience, pour ne pas y avoir renoncé. Puisse mon faible travail mériter l'indulgence de mes Juges et du public éclairé auxquels il doit être soumis !

ARTICLE PREMIER.

Des hémorrhagies utérines pendant les six premiers mois.

Parmi les symptômes qui précèdent, accompagnent ou suivent l'avortement, il n'en est point de plus constant ni de plus majeur que les hémorrhagies utérines ; aussi leur étude est-elle inséparable, et l'on peut même dire identique sur presque tous les points.

ÉTIOLOGIE.

Causes prédisposantes. Tout le monde sait que beaucoup de femmes éprouvent des hémorrhagies utérines à l'occasion des plus légères causes physiques et morales, et même sans cause appréciable. Chez quelques-unes, la disposition hémorrhagique est si prononcée à certaines époques correspondantes de plusieurs grossesses successives, qu'on la dirait périodique. Au rang des conditions les plus propres à la formation d'une pareille aptitude, nous signalerons différentes conformations organiques, plusieurs maladies et dispositions particulières de l'utérus, certaines époques de la grossesse, etc.

L'aptitude hémorrhagique peut coexister avec tous les tempéraments généraux les plus opposés, ce qui prouve qu'elle n'est absolument dépendante d'aucun d'entre eux ; mais elle s'associe de préférence avec

ceux qui sont éminemment nerveux ou très-irritables. On l'observe aussi maintes fois chez les femmes d'une forte complexion, comme chez celles qui sont d'une constitution faible mais abondamment menstruées.

Les états morbides les plus propres à prédisposer aux hémorrhagies sont : la pléthore générale ou locale ; l'hystérie et généralement toute disposition aux spasmes et aux convulsions ; l'atonie produite par une cause quelconque ; les affections diverses qui se manifestent sur le tube intestinal et produisent la dysenterie ou une diarrhée opiniâtre ; l'extrême sensibilité de l'utérus et la grande rigidité de ses fibres, circonstances qui le rendent plus contractile, et qui ne lui permettent pas de se distendre ou de se développer suffisamment ; des lésions organiques de ce même organe, le squirrhe, le cancer, une môle, un polype, etc., par l'existence d'une fluxion sanguine sur la partie malade, ou par les dégradations qui peuvent atteindre les points sur lesquels le placenta est inséré, etc.

L'abus du coït est nuisible dans les premiers temps et à la fin de la grossesse, en rendant la matrice beaucoup plus sensible, plus irritable, et en appelant sur elle des mouvements fluxionnaires. Les veilles prolongées, les travaux fatigants, les bains de siége et les pédiluves fréquemment employés, des secousses réitérées, ne suffisent pas, sans doute, pour produire l'hémorrhagie ; mais toutes ces causes peuvent aider à la développer.

Causes déterminantes. De quelque manière que se forme la disposition aux hémorrhagies utérines pendant la grossesse, aussitôt qu'elle est établie, une foule d'excitations et de perturbations très-minimes, très-passagères et absolument incapables par elles-mêmes de produire un tel accident dans d'autres circonstances, prennent, dans celle-ci, le rang de causes déterminantes.

Les plus communes sont : une chute sur les pieds, les genoux ou le siége, les coups sur la région hypogastrique ou les lombes, l'exercice du cheval, le cahotement d'une voiture mal suspendue, la danse, la course, l'action de soulever un pesant fardeau, les quintes de toux,

les secousses occasionnées par le vomissement, les contractions du diaphragme et des muscles transverses de l'abdomen dans la diarrhée ou la dysenterie, la frayeur, la colère, une joie excessive ou toute autre vive impression morale, un accès de fièvre intermittente, la saignée de la saphène, l'immersion des pieds dans l'eau froide ou dans l'eau chaude sinapisée, la métrite aiguë, les maladies de la vessie, du rectum, la ligature des membres, l'emploi intempestif des purgatifs drastiques, les sangsues à la vulve, divers emménagogues employés comme abortifs par des personnes coupables et perverses, et les manœuvres employées directement sur l'utérus, etc.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des hémorrhagies utérines chez les femmes enceintes n'offrirait jamais la moindre difficulté, si elles étaient toujours apparentes, et si, dans les cas même où elles le sont, on n'était intéressé à en connaître la source et la véritable cause.

Lorsqu'il se présente des flux sanguins dus au décollement du placenta par un état congestionnel, qui vient tout-à-coup s'établir sur l'utérus, congestion admise avec raison par M. le professeur Dugès et Mme Lachapelle, qui lui donnent le nom de *molimen,* il est de la plus haute importance de les distinguer de ceux qui tiennent à la continuation des menstrues, puisque les premiers sont très-graves, tandis que les seconds sont exempts de danger, et n'exigent aucun traitement pourvu qu'ils soient modérés; malheureusement cette distinction n'est pas toujours facile à établir. Le ramollissement et la dilatation, regardés par Mauriceau comme l'indice d'une hémorrhagie, sont loin d'être des signes positifs, attendu qu'ils peuvent se montrer, dans certains cas de menstruation, avec sortie de caillots, comme dans le flux sanguin par décollement placentaire. Néanmoins, on ne pourrait douter que la dilatation ne tînt à un travail abortif, si l'orifice utérin était beaucoup plus ouvert qu'il ne doit l'être, et si son ouverture était permanente.

A défaut de ce signe, on sera fondé à présumer que le flux sanguin est menstruel, s'il se fait sans trouble, qu'il soit peu abondant, et qu'il se reproduise plusieurs fois aux périodes correspondantes à celles où il paraissait avant la grossesse. Au contraire, si le sang se montre subitement et en grande quantité à une époque où la femme n'attend pas ses règles; si l'écoulement s'accompagne de douleurs lombaires et hypogastriques, avec sortie de caillots très-volumineux; s'il a été précédé d'une cause dont l'action ait pu décoller le placenta, on ne peut douter que ce ne soit une véritable hémorrhagie. Du reste, dans tous les flux sanguins par la vulve qui ont lieu pendant la grossesse, la prudence exige, pour peu qu'ils offrent d'incertitude, d'engager la femme à tenir une position horizontale.

Presque toujours l'hémorrhagie utérine est accompagnée de chaleur, de tension et de douleurs aux lombes, souvent même d'un léger mouvement fébrile ou d'un *molimen*. Dans le principe le sang coule quelquefois peu abondamment; d'autres fois, au contraire, il jaillit à flots. Pour l'ordinaire, la perte s'arrête ou diminue naturellement au bout de quelques heures ou après plusieurs jours, pour reparaître ensuite avec plus d'intensité. Sa reproduction est, en général, précédée de caillots d'un volume plus ou moins considérable et de douleurs hypogastriques, occasionnées par la dilatation que nécessite la sortie de ces corps fibreux. Dans toute hémorrhagie utérine excessive, la femme éprouve des bourdonnements dans les oreilles; ses traits s'altèrent, son visage pâlit, son pouls devient faible, et bientôt il survient des syncopes plus ou moins fréquentes.

Tous les auteurs distinguent les hémorrhagies en externes ou apparentes et en internes ou cachées. Le diagnostic des premières n'est, en général, difficile que sous le rapport différentiel, c'est-à-dire quand il s'agit de constater si le flux tient au dégreffement du placenta, ou s'il provient de divers points de l'utérus auxquels ce corps n'adhère pas, de la présence d'une môle, d'un polype, etc.; mais le diagnostic des hémorrhagies internes offre en lui-même de plus grandes difficultés, attendu qu'elles se dérobent à la vue.

Ces dernières, portées au point d'être mortelles, ne sont pas, fort heureusement, aussi fréquentes que l'ont prétendu Mauriceau, Balme, Baudelocque et d'autres accoucheurs. Il nous paraît impossible qu'elles deviennent assez fortes dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse pour amener une terminaison funeste : la matrice est alors trop peu ample et trop résistante pour le supposer. Mme Lachapelle se refuse à admettre les hémorrhagies de ce genre ; elle pense que si la perte dépendait de l'insertion du placenta sur le col, l'occlusion de celui-ci par la tête de l'enfant serait très-propre à la suspendre, et que, dans le cas où l'effusion sanguine proviendrait d'un décollement opéré en tout autre endroit, le sang épanché, distendant outre mesure la matrice, provoquerait des contractions assez fortes pour lui faire franchir l'orifice utérin.

Nous sommes loin de nier combien ces raisons paraissent fondées; nous sommes aussi très-disposés à faire l'aveu, que la plupart des observations d'hémorrhagies cachées laissent beaucoup de choses essentielles à désirer ; cependant les faits rapportés par Mauriceau, Levret, Balme et surtout par Baudelocque, présentent trop de marques d'exactitude pour oser mettre en doute ces sortes d'hémorrhagies. Du reste, quand bien même on n'accorderait pas à ces faits autant de confiance qu'ils en méritent, on aurait tort de regarder, d'après le raisonnement seul, les épanchements utérins comme impossibles. Où est, en effet, l'impossibilité que la matrice se laisse dilater, d'une manière extraordinaire, dans tous ses points excepté à son col, si celui-ci est fortement resserré par un état de spasme? Où est l'impossibilité qu'une énorme quantité de sang s'épanche derrière la tête du fœtus, dans les cas où, le placenta étant décollé, cette tête ferme exactement l'orifice utérin ?

L'espèce d'hémorrhagie dont il s'agit ici est annoncée par la pâleur du visage, des défaillances réitérées, l'affaiblissement du pouls, l'obscurcissement de la vue, le froid général, l'absence du sang à l'extérieur, le développement extrême et plus ou moins rapide de l'utérus et de l'abdomen.

PRONOSTIC.

L'hémorrhagie utérine pendant la grossesse est, dans la plupart des cas, fâcheuse pour la mère, et le plus souvent funeste pour le fœtus. Elle offre d'autant plus de gravité que la grossesse se trouve plus avancée ; celle qui survient spontanément est, pour l'ordinaire, bien moins périlleuse que celle qui a été déterminée par une cause violente.

Bien que l'avortement ne succède pas toujours à une perte, l'apparition d'une hémorrhagie utérine, même légère, doit en être considérée comme la menace. Des flux abondants et la sortie de beaucoup de caillots, avec des douleurs vives à l'hypogastre et dans la région lombaire, sont, à plus forte raison, l'indice d'un avortement plus ou moins prochain. Cependant il convient de ne pas considérer ces signes comme positifs, attendu que le fœtus peut ne pas mourir par l'effusion sanguine qui s'opère hors des limites du placenta, et même par les hémorrhagies dues au décollement partiel de ce gâteau vasculaire. Il arrive à la perte de cesser, et à l'expulsion de n'avoir lieu qu'après un temps plus ou moins considérable. Parmi les cas dans lesquels j'ai vu l'hémorrhagie utérine excessive ne pas être suivie d'avortement immédiat, je citerai le suivant recueilli à la clinique de M. Delmas. Marie V..... âgée de 25 ans, d'un tempérament sanguin, déjà mère de deux enfants, était parvenue au commencement du cinquième mois de sa grossesse, lorsqu'une hémorrhagie utérine abondante se déclara par suite de mouvements violents auxquels se livrait souvent cette femme, et de l'application de moyens compressifs sur l'abdomen employés dans le but de cacher son état de gestation. Quelques jours après la cessation de ce flux, on pouvait entendre la circulation fœtale. Quant au bruit placentaire, il ne pouvait être perçu qu'à la partie la plus inférieure gauche de l'abdomen.

Deux mois se passèrent sans que l'accident éprouvé par M. V..... semblât avoir exercé une influence fâcheuse sur sa grossesse et sur sa santé. Cependant, vers les premiers jours du septième mois, elle res-

sentit un malaise général, de la céphalalgie ; son pouls devint fort et fréquent ; en un mot, tous les signes d'un molimen hémorrhagique se manifestèrent. Une petite saignée au bras parut conjurer l'orage ; mais le calme qu'elle procura ne fut que de quatre jours. Des douleurs continuelles, quoique légères, se firent sentir depuis les lombes jusqu'à l'hypogastre, elles étaient accompagnées de lassitude et d'engourdissement dans les extrémités pelviennes. Insensibles pour la mère, les mouvements de l'enfant l'étaient également pour nous, et le stéthoscope ne pouvait plus faire apprécier les circulations fœtale et placentaire. Ce ne fut pourtant que vingt-deux jours après cet état que débuta le travail parturitif. Au bout de douze heures, Marie V..... accoucha d'un enfant mort et dans un commencement de putréfaction.

TRAITEMENT.

Il est préservatif ou curatif. Le premier doit varier suivant la nature de la perte, c'est-à-dire suivant la cause essentielle qui peut la déterminer. Il est donc de la plus haute importance, pour l'appréciation de cette cause, de bien connaître les diverses prédispositions et excitations hémorrhagiques que nous avons indiquées dans l'étiologie.

La femme a-t-elle un tempérament sanguin ; était-elle menstruée abondamment; éprouve-t-elle des vertiges, de l'assoupissement : un état de pesanteur et d'engourdissement, des suffocations par la plus légère fatigue, des douleurs dans les lombes ; existe-t-il une pléthore évidente; y a-t-il, en un mot, quelqu'une des conditions les plus favorables à la production d'une hémorrhagie, on ne doit pas balancer à pratiquer une saignée au bras de huit à dix onces, et à la réitérer chaque fois que les mêmes symptômes se reproduisent.

Lorsque la femme est d'une constitution peu vigoureuse, et que néanmoins l'utérus est le siége d'une vive sensibilité ou d'une congestion sanguine, reconnaissable à une sorte de pesanteur aux lombes et aux cuisses, à des lassitudes spontanées, à l'absence des sensations occasionnées par les mouvements propres à l'enfant, à un sentiment d'engourdissement ou de fourmillement aux extrémités inférieures ;

il faut recourir d'abord aux révulsifs sur les extrémités supérieures. Si les symptômes de la pléthore locale persistaient, on aurait recours aux sangsues aux lombes ou à l'hypogastre, afin de produire un dégorgement et une dérivation tout à la fois.

La femme a-t-elle eu plusieurs hémorrhagies, on ne pourra la mettre à l'abri de nouvelles pertes, qu'en prescrivant, comme précaution rigoureusement nécessaire, le décubitus horizontal pendant tout le temps de la grossesse. Comme, en pareil cas, toute secousse, tout effort portant sur l'abdomen pourrait être nuisible, il serait très-essentiel de les éviter ou d'en combattre les causes : ainsi l'on calmerait au plus tôt les quintes de toux nerveuses par les anti-spasmodiques ou les sédatifs les plus appropriés à l'idiosyncrasie du sujet ; on remédierait à la constipation par de légers laxatifs, etc. La saignée du bras, pratiquée trois ou quatre jours avant le temps où le flux menstruel avait coutume de paraître, devrait être employée deux ou trois fois dans le cours de la grossesse, à moins qu'un état de débilité ne s'y opposât ; on n'hésiterait pas à la répéter chaque mois, si la personne enceinte jouissait d'un tempérament sanguin. Des manuluves avec l'eau tiède seule ou sinapisée seraient convenables, s'il existait des douleurs lombaires. L'exercice vénérien doit être sévèrement interdit, toutes les fois que l'on a lieu de supposer la disposition aux hémorrhagies, ou qu'il y a une grande excitabilité.

La saignée est le moyen le plus efficace pour prévenir les flux sanguins qui pourraient résulter d'un coup sur l'hypogastre, ou d'une violente secousse occasionnée par une chute.

Enfin, car il nous est impossible de retracer ici toutes les médications préservatives applicables aux nombreuses causes des hémorrhagies, disons d'une manière générale que les lois de l'hygiène, chez les femmes enceintes, doivent être suivies avec la plus grande exactitude, et qu'il importe de combattre tout état morbide ou toute maladie capable d'occasionner une hémorrhagie utérine.

Traitement curatif. Lorsque, malgré ces soins prophylactiques, l'hémorrhagie utérine se déclare, les indications diffèrent selon qu'elle

peut être considérée comme un présage d'avortement, selon qu'elle accompagne celui-ci, et selon qu'elle en est la suite.

Les indications à remplir contre l'hémorrhagie dans laquelle il n'y a point encore dilatation et ramollissement du col utérin, douleurs fréquentes de l'hypogastre, de l'utérus, formation de la poche des eaux, écoulement de celles-ci, en un mot travail expulsif, sont en grande partie les mêmes que celles qui ont eu pour objet le traitement préservatif. Si l'hémorrhagie est peu abondante et qu'il y ait des signes d'un molimen général, on devra, d'une part, modérer l'effervescence du système vasculaire, de l'autre dissiper la fluxion dirigée vers l'utérus. Dans ce double but, on pratiquera d'abord une saignée au bras, qui aura l'avantage d'être à la fois tempérante et révulsive; ensuite on aura recours à des boissons émulsionnées, au repos absolu, aux manuluves, etc.

Si la femme était agitée, si elle avait une disposition convulsive, une petite saignée du bras pourrait encore être utile, à titre de tempérante ou d'anti-spasmodique; mais on ne doit pas s'en fier uniquement, pour l'indication de ce moyen, à l'agitation du pouls, car ce phénomène accompagne maintes fois la perte d'une certaine quantité de sang. Dans le cas, dit avec raison Mme Boivin, où cette agitation tiendrait à un accroissement d'excitabilité nerveuse, la saignée l'augmenterait loin de la diminuer, et la perte deviendrait plus abondante.

L'excitabilité nerveuse s'accompagne-t-elle de douleurs à la matrice, l'on doit, après avoir pratiqué une saignée révulsive peu copieuse, prescrire quelques légères préparations opiacées, des tisanes émulsionnées, le petit-lait, l'eau de riz édulcorée avec le sirop de symphytum, etc.

La malade est-elle d'une constitution peu robuste, se trouve-t-elle affaiblie par la violence ou par la continuité de l'hémorrhagie, il faut bien se garder de faire la révulsion au moyen d'émissions sanguines. Deux indications se présentent alors à remplir : relever les forces générales, et provoquer le resserrement des pores vasculaires par lesquels se fait l'hémorrhagie. On prescrira donc comme toniques des

bouillons, des gelées ou sucs de viande, des fécules, quelques cuillerées d'un vin vieux, les eaux distillées de mélisse, de menthe et surtout de cannelle.

Si la malade éprouvait des syncopes, on conseillerait la confection d'hyacinthe, la thériaque. Les sinapismes entre les épaules, d'après l'avis de M. Velpeau, ou bien aux mains, à l'avant-bras, seront également avantageux dans le but d'opérer une réaction propre à rappeler le sang à la périphérie. Les astringents qui méritent la préférence dans ces sortes de pertes, sont la limonade avec addition de quelques gouttes d'alcide sulfurique ou l'eau de Rabel, le sirop de ratanhia, la potion anti-hémorrhagique de Plenck, les pilules d'alun d'Helvétius, etc. On doit aussi, pour provoquer la constriction des vaisseaux par lesquels se fait l'effusion sanguine, et s'opposer en même temps à l'abord du sang vers la matrice, placer sur l'abdomen, les aînes et les cuisses, des linges trempés dans de l'oxycrat ou de l'eau à la glace. Mais si ces applications causaient des frissons, on les supprimerait, crainte d'une torpeur dangereuse.

Dans toute espèce d'hémorrhagie, il importe de faire coucher horizontalement la malade sur un matelas de crin, le bassin plus élevé que le tronc, les cuisses et les jambes à demi-fléchies, et de ne lui accorder que des couvertures légères.

Quand, malgré ces moyens, l'hémorrhagie continue et menace les jours de la femme, il se présente encore trois ressources à lui opposer : l'avortement forcé, la dilatation graduée du col jointe à la provocation des contractions utérines, et le tamponnement.

Pensant que le seul moyen de faire cesser l'hémorrhagie rebelle aux anti-fluxionnaires, aux astringents, aux répercussifs, etc., était de vider la matrice, afin de lui permettre de revenir sur elle-même, Louise Bourgeois, accoucheuse de Marie de Médicis, proposa, la première, l'extraction forcée du fœtus et de ses annexes. Mais ce procédé ne saurait être adopté dans le traitement des hémorrhagies, attendu que, dans les six premiers mois de la grossesse, le col utérin conserve une grande partie de sa longueur et de sa dureté. Ce serait vainement

que, dans les cinq premiers, on chercherait à vaincre la résistance de son orifice pour introduire la main dans la cavité de l'utérus; ce ne serait pas non plus sans s'exposer à produire des déchirures au col utérin et des accidents consécutifs très-graves, que, même au sixième mois on tenterait les mêmes manœuvres L'avortement forcé ne saurait donc mériter notre confiance.

Les titillations de l'orifice utérin dans le but de solliciter les contractions de la matrice, la dilatation ménagée du col et la rupture des membranes pour faciliter l'écoulement des eaux, manœuvres qui appartiennent au procédé de Puzos, ne peuvent convenir qu'aux hémorrhagies qui arrivent à dater du sixième mois de la grossesse. Nous en examinerons la valeur en nous occupant des pertes qui surviennent pendant le travail.

Le tamponnement, opération par laquelle on oppose une digue à la perte en obstruant le conduit vulvo-utérin, le tamponnement, disons-nous, est, au contraire, applicable dans tous les temps de la grossesse, et réunit, en outre, les conditions requises pour rendre son emploi utile et exempt de mauvais résultats toutes les fois qu'il est indiqué.

Quoique déjà conseillé par Moschion, Paul d'Egine, Smellie, etc., ce procédé n'a été généralement adopté que depuis le travail de Leroux de Dijon, sur les pertes utérines des femmes enceintes. On peut l'exécuter avec diverses matières, telles que la filasse, l'amadou, la charpie arrangée en boulettes, avec lesquelles on bourre une espèce de chemise préalablement portée dans le vagin.

Mme Boivin emploie une bande de toile, de cinq à six pouces de largeur, roulée sur elle-même, et propre à former une sorte de bonde de deux pouces de diamètre; mais, comme un corps de ce volume ne peut être porté jusqu'au col utérin sans occasionner de vives douleurs et sans exiger de grands efforts, il convient de recourir à tout autre tampon. De petits lambeaux de linge enduits de cérat ou d'huile, et entassés dans le vagin de manière à remplir ce conduit et à former un bouchon immédiatement appliqué sur l'orifice de la

matrice, peuvent très-bien convenir. Cependant nous croyons devoir préférer, avec le professeur Delmas, une vessie que l'on remplit d'eau ou d'air, après l'avoir portée au fond du conduit vaginal. Ce tampon est moins irritant que les autres, et en outre plus propre, en s'adaptant à la configuration des parties, à servir de barrière à l'hémorrhagie.

Quel que soit, du reste, le tampon que l'on ait employé, on doit le maintenir avec des compresses et un bandage en T. Il ne faut pas négliger, avant d'en faire l'application, de vider l'urètre et le rectum, parce que la compression qu'il exerce sur eux rendrait très-difficile et même impossible l'excrétion de l'urine et des matières stercorales.

Quelques médecins, M. Bonnafoux particulièrement (*Revue médicale*, 1831), ont cru, dans les cas où l'on peut encore espérer de conserver la grossesse, rendre le tampon plus efficace en le saupoudrant avec un mélange de deux parties de colophane, d'une demi-partie de gomme arabique et de charbon de bois. Mais d'abord, outre qu'il est fort difficile dans les hémorrhagies utérines excessives, les seules qui réclament l'emploi du tamponnement, de prévoir s'il y aura ou non avortement, nous ne concevons pas comment on a pu accorder quelque confiance à cette poudre dont l'application immédiate sur les orifices vasculaires ouverts est impossible.

Lorsque le tamponnement fait cesser l'hémorrhagie, le pouls se relève, le corps se réchauffe, la peau se colore, l'hypogastre devient plus ferme sans augmenter de volume, et si l'avortement ne doit pas s'ensuivre, la femme éprouve seulement de la pesanteur dans le bassin, et parfois de légères coliques. Quand, au contraire, l'expulsion du fœtus doit s'ensuivre, les douleurs dues aux contractions utérines se manifestent, et deviennent d'autant plus vives et plus longues qu'elles se rapprochent davantage. Dans ce cas, les caillots, le tampon, le fœtus et ses annexes finissent par être expulsés l'un après l'autre, et même quelquefois simultanément. Il est convenable de hâter cette expulsion au moyen du seigle ergoté.

Le tampon ne doit être enlevé ou renouvelé dans les hémorrhagies que lorsque le sang ou les caillots, long-temps retenus dans le vagin et la matrice, ont contracté une odeur infecte.

Si, après avoir pratiqué le tamponnement, la perte ne paraît plus à la vulve, mais que le pouls s'affaiblisse de plus en plus, qu'il survienne des syncopes, et que l'hypogastre se tuméfie rapidement, on doit présumer que le sang s'épanche dans la cavité utérine. L'indication qui se présente alors, indépendamment de celles qui ont pour but de relever les forces, c'est de provoquer les contractions de la matrice par le seigle ergoté et des lavements irritants. Peut-être aussi serait-il bon, dans les pertes du troisième au quatrième mois, d'essayer la compression de l'aorte ; il ne serait pas impossible qu'un moyen de cette espèce, quelque courte qu'en fût l'application, favorisât la formation de quelques caillots hémostatiques.

Si l'accident dont il s'agit avait lieu vers la fin du sixième mois, on pourrait tenter la dilatation graduée et permanente à l'aide d'un ou de plusieurs doigts, et d'une pommade contenant de la belladone. Employée avec ménagement elle ne pourrait avoir aucun mauvais résultat ; d'ailleurs, il ne faut pas perdre de vue, dans les cas désespérés, le précepte : *Melius anceps experiri debemus quàm nullum.* Si l'on était assez heureux d'obtenir une dilatation suffisante, on procéderait immédiatement à l'extraction de l'enfant par les pieds.

Les hémorrhagies dues à la rétention du placenta et des enveloppes fœtales n'arrivent presque jamais dans les trois premiers mois de la gestation, parce que l'œuf, se trouvant peu volumineux, est presque toujours expulsé en entier. D'ailleurs, jusqu'au quatrième mois, le cordon ombilical est si court, que le fœtus, à moins d'une rupture de ce cordon, ne pourrait être expulsé hors de la matrice sans entraîner le gâteau spongieux qui l'unissait avec sa mère.

Les pertes produites par la rétention du placenta peuvent dépendre, ou de la rupture du cordon ombilical avant que ce premier ne soit complétement dégreffé, ou de l'obstacle que ce corps devenu étranger apporte au retour de la matrice sur elle-même. Quoique bien moins abondantes que les hémorrhagies qui arrivent vers les derniers mois de la grossesse, ces pertes peuvent pourtant être assez fortes, sinon pour menacer les jours de la malade, du moins pour la jeter dans un

état de faiblesse et de pâleur remarquable. Si l'hémorrhagie était légère, on devrait attendre l'expulsion naturelle de l'arrière-faix, ou se borner à prescrire le seigle ergoté, afin de déterminer la matrice à faire des efforts expulsifs. Mais si la malade pouvait en être très-affaiblie, on emploierait en outre les applications froides, les boissons astringentes et surtout le tamponnement. On ne doit jamais songer à l'extraction forcée du placenta, pour arrêter les hémorrhagies dues à sa rétention, que tout autant qu'il se présenterait à l'orifice, comme Puzos en a cité un exemple relatif à un avortement du troisième au quatrième mois.

ARTICLE SECOND.

DES

Hémorrhagies utérines pendant les trois derniers mois.

ÉTIOLOGIE.

Les causes de ces hémorrhagies sont absolument les mêmes que celles des flux abortifs, à l'exception d'une seule, qui, quoique pouvant agir vers le sixième mois de la gestation, se déclare pour l'ordinaire à dater du moment où le col commence à se dilater de haut en bas: nous voulons parler de l'insertion du placenta sur cette partie de la matrice. On concevra facilement pourquoi l'hémorrhagie cervico-placentaire ne se manifeste le plus souvent qu'à l'époque dont nous parlons, si l'on considère : 1° qu'auparavant, le col était resté étranger à l'ampliation de l'utérus, tandis que, dans les trois derniers mois, sa cavité tend à s'effacer de plus en plus et à se confondre avec la cavité utérine; 2° que, dans cet évasement, les points de la circonférence de l'orifice interne sur lequel le placenta est inséré, en s'éloignant du centre, abandonnent nécessairement la partie du placenta à laquelle ils adhéraient. Fournie d'abord à la fois, selon toute apparence, par la portion placentaire décollée et par la surface correspondante du col, cette perte doit encore être souvent augmentée par l'irritation fluxionnaire qu'a dû occasionner le dégreffement.

DIAGNOSTIC.

Il se fonde sur les mêmes données que celui des hémorrhagies abortives : apparition quelquefois subite d'un écoulement sanguin par la vulve ; le plus souvent, quelques heures ou quelques jours avant la perte, malaise général, pesanteur dans le bassin, frissons, bouffées de chaleur, douleurs lombaires. Lorsque l'hémorrhagie est violente et se prolonge, il en résulte la faiblesse du pouls, la pâleur de la face le refroidissement du corps, des éblouissements, des bourdonnements d'oreille, des bâillements, des syncopes, etc.

Quant aux signes de l'hémorrhagie cervico-placentaire, il en est de rationnels, et de sensibles ou pathognomoniques. Les premiers sont : sa manifestation, sans cause appréciable, dans les derniers mois de la grossesse ; ses retours plus ou moins fréquents à mesure que le terme de cette fonction approche. Il y a pourtant quelques exceptions à cet égard : ainsi M. Duparque l'a vue survenir le sixième mois, cesser d'elle-même et ne plus revenir qu'au moment du travail. Si les douleurs parturitives se déclarent, il y a augmentation de la perte pendant les contractions ; au contraire, diminution ou cessation dans l'intervalle de ces douleurs. Les signes caractéristiques s'acquièrent par le toucher et par l'auscultation. Celui que l'on obtient au moyen du toucher consiste dans la sensation d'un corps mollasse, fongueux, inégal, peu élastique, engagé dans la partie supérieure du col, et quelquefois dans le vagin, si le placenta est greffé sur l'orifice. Le signe fourni par l'auscultation serait la sensation du bruit placentaire au bas de la région hypogastrique, et à l'extrémité supérieure du vagin, le stéthoscope étant immédiatement appliqué sur le col.

PRONOSTIC.

Les pertes utérines des trois derniers mois de la grossesse sont, en général, à raison du plus grand volume des vaisseaux utérins, plus abondantes que celles qui arrivent avant cette époque, et conséquemment plus dangereuses. Celles qui proviennent de l'insertion du pla-

centa sur le col doivent être considérées comme des plus redoutables pour la mère et pour l'enfant, surtout lorsque cette insertion a lieu, centre pour centre, sur l'orifice interne.

TRAITEMENT.

Les indications relatives à la prophylactique des hémorrhagies utérines qui surviennent après le sixième mois, ne se distinguent nullement de celles que nous avons relatées à l'occasion du traitement préservatif des hémorrhagies dans la grossesse moins avancée ; elles doivent également avoir pour but la conservation de la grossesse, et se rapporter à la nature des diverses prédispositions hémorrhagiques. Les précautions convenables dans les pertes cervico-placentaires peu abondantes sont aussi exactement les mêmes que les précédentes ; seulement il faudra insister encore plus sur le repos, la situation horizontale, le régime, les boissons tempérantes, etc.

Le traitement curatif des hémorrhagies dont il s'agit dans ce moment ne diffère du même traitement, dans les pertes abortives, que sous un rapport; sous celui de la possibilité que l'on a, dans quelque cas où le danger est pressant, de vider la matrice au moyen de manœuvres jusque-là contre-indiquées ou impraticables, savoir : la version de l'enfant ou l'application du forceps. Même remarque doit être faite pour les hémorrhagies cervico-placentaires. Ainsi, ce n'est que du moment où il faut procéder à la déplétion de l'utérus, que la thérapeutique des hémorrhagies des trois derniers mois présente quelques différences dans les ressources propres à faire atteindre ce but. Il va être question de leur opportunité dans l'article qui suit.

ARTICLE TROISIÈME.

Des hémorrhagies utérines pendant le travail.

Dans les hémorrhagies dont il vient d'être question, le terme de la grossesse n'étant pas encore arrivé, l'effusion sanguine peut quelquefois être arrêtée sans le secours de l'accouchement naturel ou arti-

ficiel. Dans celles, au contraire, qui sont l'objet de cet article, la parturition s'est déjà déclarée, ou du moins est devenue nécessaire et inévitable.

La perte qui survient pendant le travail de l'enfantement tient aux mêmes causes que les hémorrhagies précédentes, et le plus souvent même n'est que la continuation de ces dernières. Toutefois il en est une, heureusement peu fréquente, qui ne peut avoir lieu qu'à la suite des efforts de l'utérus pour se débarrasser du produit de la conception: nous voulons désigner l'hémorrhagie provenant de la rupture de cet organe.

Que ce soit au début d'un accouchement, ou pendant que cette fonction s'exécute, que l'hémorrhagie se déclare, il convient toujours d'en apprécier de suite la nature et le plus ou moins de gravité.

1° *Pertes produites par la séparation accidentelle d'une portion du placenta.*

La perte est-elle modérée, a-t-on lieu de croire qu'elle tient au décollement d'une portion minime du placenta, les contractions utérines sont-elles rapprochées, l'orifice de la matrice se dilate-t-il de plus en plus, la poche des eaux se forme-t-elle ; on prescrit la position horizontale, et l'on perce cette poche pour que l'accouchement se termine plus tôt.

Si la femme était sanguine, si le pouls était dur et fréquent, on prescrirait la saignée du bras et les boissons tempérantes, si l'on ne jugeait pas que l'hémorrhagie fût assez considérable pour nécessiter la version. Le tampon ne devrait être employé qu'autant que la perte irait en augmentant, ou que le travail deviendrait nul.

Dans les cas de faiblesse, d'anémie, dans ceux où la constitution est si délicate que la moindre perte peut avoir une influence fâcheuse sur l'économie entière, on appliquera de suite le tampon, on ordonnera des toniques, des astringents; et aussitôt que le col utérin sera suffisamment ouvert pour terminer l'accouchement, on ne manquera pas d'y procéder sans délai.

Dans toute perte abondante où le col est dur, résistant, à peine entr'ouvert, où, en un mot, les parties ne sont pas encore disposées pour extraire l'enfant, la mesure la plus convenable à prendre, outre l'emploi des moyens généraux, c'est le tamponnement. Lorsque l'hémorrhagie est suspendue par ce moyen, on attend que les contractions utérines se réveillent et marchent avec énergie; ensuite, dès que l'orifice a acquis le degré de dilatation nécessaire, on doit rompre les membranes et pratiquer la version.

Si, malgré le tampon, l'hémorrhagie continue et devient même plus intense, si le pouls s'affaiblit de plus en plus, il convient de provoquer les contractions de la matrice par des frictions sur l'abdomen, de petites doses de seigle ergoté, si toutefois il n'existe pas trop d'excitabilité à l'utérus ou dans tout le système, et la titillation de l'orifice utérin. Trouve-t-on à celui-ci une rigidité opiniâtre, il est nécessaire de la vaincre par la méthode de Puzos, modifiée de manière qu'elle soit permanente et secondée par la belladone portée directement sur le col au moyen des doigts qui doivent exécuter la dilatation. Il suffit de considérer combien ce procédé est propre à détruire les coarctations spasmodiques de l'urètre, pour que l'on ne doive pas être surpris que nous le recommandions dans le but de vaincre les resserrements de l'orifice utérin. Quant à la belladone, nous avons lieu de la regarder comme avantageuse dans cette circonstance, à cause de sa propriété anti-spasmodique. Ainsi modifiée, la méthode de Puzos n'expose à aucune déchirure du col utérin et a en même temps plus d'efficacité.

Aussitôt que le col aura pris la souplesse convenable pour se laisser dilater sans que l'on soit obligé d'employer la violence, on rompra les membranes, mais on ne le fera qu'après avoir introduit la main dans l'utérus, afin que le poignet de l'opérateur, obstruant l'orifice, empêche l'écoulement du liquide amniotique, liquide dont la présence facilite beaucoup la version. Si cependant la tête de l'enfant se trouvait déjà dans l'excavation du bassin, on percerait la poche des eaux, sans l'introduction préalable de la main dans la matrice ; et si, après cette perforation, les contractions reprenaient de la force, que l'hémor-

rhagie diminuât, on pourrait confier à la nature le soin de terminer l'accouchement ; sinon, on aurait recours à l'application du forceps.

Nous devons remarquer que, dans les cas où l'on se propose d'extraire l'enfant par les pieds, il importe d'y procéder par degrés et avec une sage lenteur. Si la dilatation de l'orifice utérin n'était pas suffisante, on devrait laisser quelques instants les fesses engagées à l'orifice et attendre qu'il se relâchât ; mais pour peu que ce relâchement tardât à s'effectuer, ou qu'au lieu de se détendre, le col parût disposé à se resserrer, on devrait exercer quelques tractions sur l'enfant et terminer la parturition.

Ces diverses considérations s'appliquent également aux pertes externes et aux hémorrhagies cachées.

2° *Hémorrhagie cervico-placentaire.*

Lorsque le placenta a des rapports avec l'orifice utérin par un seul point de sa circonférence, cette hémorrhagie peut ne survenir qu'au moment de l'accouchement. On la traite d'abord par la position horizontale et les boissons acidulées ; ensuite, si les contractions marchent avec lenteur, on prescrit le seigle ergoté, l'on titille l'orifice et l'on perce la poche des eaux. Est-elle abondante, et le travail n'a-t-il pas encore commencé, le tampon, ainsi que nous l'avons déjà dit, est nécessaire jusqu'à ce que l'orifice soit assez élargi pour terminer l'accouchement.

Mais quand, malgré ce moyen, le sang continue de couler avec force, que le pouls devient très-petit, que la femme éprouve des lipothymies, ou que les signes d'une hémorrhagie interne se présentent avec évidence, on ne doit pas se dissimuler que la seule chance de salut qui reste à la mère et à l'enfant est dans l'expulsion de ce dernier. L'indication de vider la matrice est surtout de la plus grande évidence lorsque la femme est épuisée, et que le placenta est greffé, centre pour centre, sur l'orifice interne. Dans ce cas, dit M. Rigby, il ne faut pas attendre que l'orifice soit dilaté, il faut qu'il soit dilatable. Or, cette dilatabilité existe presque toujours dans l'état de faiblesse qu'a

produit la perte, et après l'usage du tampon combiné avec celui de la belladone. D'ailleurs, la mort est là, toute menaçante ; hésitez quelques instants encore à terminer l'accouchement, et vous la verrez frapper deux victimes à la fois.

Pour procéder à l'extraction de l'enfant dans les pertes cervico-placentaires, l'opérateur porte ses doigts dans l'orifice, et l'explore avant de les faire parvenir dans la cavité utérine ; s'il trouve un décollement dans une partie de la circonférence du placenta, il l'augmente au point de pouvoir y faire passer la main. Quand le lieu où le gâteau placentaire est dégreffé ne se rencontre pas, on y supplée en décollant sur un des bords de l'orifice où se font sentir les plus faibles adhérences. Aussitôt que la main a franchi ce passage, on touche à nu la partie membraneuse de l'œuf ; on la perfore, on saisit les pieds, et le fœtus peut sortir avec le délivre.

Une remarque importante à faire par rapport à cette extraction, c'est qu'une fois commencée, elle doit être terminée le plus promptement possible. Ainsi, lorsque les fesses sont arrivées à l'orifice, il faut bien se garder de les y laisser engagées quelques moments, comme on le pratique quelquefois pour les autres versions. Nous devons faire observer également qu'après avoir fait la perforation des membranes, on devrait préférer l'extraction par le forceps à la version, si la tête de l'enfant était déjà parvenue dans l'excavation pelvienne.

3° *Hémorrhagie interne par rupture de la matrice.*

Ce terrible accident peut être occasionné par des contractions violentes, surtout lorsque la matrice a été atteinte d'une inflammation propre à ramollir son tissu. Les hémorrhagies utérines dues à la rupture du col utérin n'offrent rien qui les distingue des pertes produites par le décollement d'une portion du placenta ; mais il n'en est pas ainsi pour celles qui proviennent d'une perforation du corps et du fond. Ces dernières, en effet, presque toujours funestes, sont suivies d'un épanchement sanguin dans l'abdomen, et le plus souvent aussi du passage de l'enfant dans cette cavité.

Les indications qu'elles réclament en première ligne ont pour objet : 1° de faire revenir la matrice sur elle-même, en pratiquant l'extraction de l'enfant et de ses annexes par la vulve, s'il n'est point encore passé dans la cavité abdominale ; 2° de chercher à faire cesser l'hémorrhagie interne par des applications à la glace sur le ventre, des boissons acidulées froides, des astringents, etc. ; 3° de prévenir l'inflammation du péritoine par la saignée générale, et d'autres anti-phlogistiques proportionnés aux forces de la malade, etc.

ARTICLE QUATRIÈME.

Des hémorrhagies utérines après l'accouchement.

Débarrassé du produit de la conception, l'utérus se contracte immédiatement pour dégorger son tissu et l'immense quantité de vaisseaux auxquels la gestation avait donné une ampleur deux ou trois fois au-delà de celle qu'ils ont dans l'état ordinaire. Outre cet avantage, ces contractions en ont un autre non moins essentiel : c'est celui de s'opposer à l'afflux du sang qui résulte de l'impétuosité avec laquelle se liquide se précipite dans les vaisseaux hypogastriques, aussitôt qu'ils cessent brusquement d'être comprimés par la matrice. L'effusion sanguine qui succède à l'accouchement n'est autre chose que le flux lochial à son début. On ne doit point la considérer comme une hémorrhagie, tant qu'elle ne s'accompagne point de *molimen*, et ne donne lieu ni à la faiblesse, ni à aucun trouble fonctionnel.

Les causes les plus ordinaires des pertes utérines après le travail sont : l'inertie, un molimen, une irritation locale, certaines influences sympathiques, la présence d'un second ou d'un troisième enfant, la rétention d'une portion ou de la totalité du placenta, de quelques gros caillots, etc.

I. Inertie de la matrice.

ÉTIOLOGIE.

Constitution délicate ; épuisement par de précédentes hémorrhagies ; nourriture peu substantielle ; grossesse pénible ; diverses maladies

chroniques, affections morales profondes, notamment de grands chagrins; accouchement long ou laborieux; fatigue de la matrice dans le cas où son ampliation est outrée par la présence de deux enfants très-gros ou d'une grande quantité d'eaux amniotiques; trop prompte délivrance, etc.

DIAGNOSTIC.

L'hémorrhagie utérine passive est apparente ou cachée. La première se distingue de la seconde, par l'effusion sanguine et les caillots qui paraissent à la vulve, par une moindre tension de l'abdomen et la dilatation de l'orifice utérin. Les signes communs à l'une et à l'autre sont : l'appréciation, par le toucher, d'un corps mollasse et flasque dans la région hypogastrique, au lieu d'une tumeur globuleuse et résistante; des tranchées utérines faibles, souvent même nulles; du malaise; le pouls irrégulier et tremblotant. En outre, si l'hémorrhagie persiste ou se fait avec abondance, la malade éprouve des tintements d'oreille, des vertiges, des syncopes, des convulsions.

PRONOSTIC.

Ces sortes de pertes sont souvent aussi redoutables que celles qui surviennent pendant l'accouchement, et sont réputées les plus dangereuses. S'il fallait même en croire Lamotte, elles seraient plus à craindre, attendu que l'art ne peut rien là où la nature est impuissante. Mauriceau, Dionis pensent aussi que l'hémorrhagie utérine passive est le plus fâcheux accident qui puisse arriver à une nouvelle accouchée.

La perte cachée est encore plus redoutable, parce qu'elle peut faire périr la femme au moment où l'on s'y attend le moins, et souvent, comme l'a dit Sennert, dans l'instant même où elle paraît dormir.

Néanmoins, l'hémorrhagie utérine par inertie n'est pas toujours funeste; elle doit inspirer peu d'inquiétude, tant qu'elle n'est pas excessive, que le pouls a de la force, que les traits ne sont pas altérés, et qu'il n'y a point de syncopes.

TRAITEMENT.

Les indications à remplir immédiatement après la délivrance, quand il existe déjà une perte, et que l'on a lieu de soupçonner à la fois de l'atonie et une disposition hémorrhagique, doivent avoir pour objet d'empêcher l'abord d'une trop grande quantité de sang à l'utérus, et d'exciter la contractilité de cet organe, pour le faire revenir sur lui-même. Dans le premier but, on fera placer la femme de manière qu'elle ait la tête plus basse que le reste du corps, et l'on comprimera l'abdomen avec un bandage ou un drap de lit plié en plusieurs doubles ; dans le second, on prescrira des aliments analeptiques en petite quantité, de bons bouillons, quelques cuillerées de vin ou d'une potion tonique, et l'on fera des frictions sur l'abdomen.

Mais ces moyens seraient loin de suffire, si l'effusion sanguine continuait ou prenait une nouvelle intensité ; l'indication la plus pressante dans ce cas, c'est d'introduire la main dans la cavité de ce viscère. Cette introduction, disons-nous avec Mme Lachapelle, est nécessaire dans la perte interne, pour extraire le délivre, les caillots ; dans l'externe, pour prévenir l'épanchement intérieur ; dans toutes deux, pour agacer la matrice et solliciter ses contractions. Le seigle ergoté devra aussi être mis en usage, dès que l'inertie sera reconnue ; on devra l'associer aux anti-spasmodiques, si, comme je l'ai vu dans quelques cas, un état de spasme de la matrice alternait avec l'atonie.

L'inertie de la matrice, après l'accouchement, est-elle la même que celle qui a rendu obligatoires certaines manœuvres pour extraire l'enfant et le placenta ; la femme a-t-elle déjà perdu beaucoup de sang ; a-t-on essayé déjà le seigle ergoté, la compression du ventre, l'application des linges chauds sur cette cavité, les frictions, l'introduction de la main ; a-t-on fait en sorte de relever les forces ; si, malgré tout cela, la femme éprouve des syncopes, que son pouls soit petit, irrégulier, et qu'on ait à craindre enfin une issue funeste, il convient de recourir à des excitations plus énergiques que les titillations opérées avec la main seulement. On a proposé, à cet effet, de porter dans

la cavité utérine une éponge imbibée d'oxicrat, de suc de citron, quelques gouttes d'eau de Rabel ou d'acide sulfurique dans une décoction de ratanhia. L'introduction de la glace, employée par Plesmann avec tant de succès, pourrait aussi être mise en usage dans cette circonstance. On seconde l'effet de cette stimulation directe par divers perturbateurs, tels que des ventouses aux mamelles et des sinapismes aux mains, aux bras ou entre les épaules ; par des potions avec les eaux de cannelle, de menthe, de mélisse, de sirop de ratanhia, etc.

Conseillée par Mme Lachapelle et préconisée par MM. Baudelocque neveu, le professeur Delmas, etc., la compression de l'aorte au-dessus de l'articulation sacro-vertébrale nous semble constituer une ressource précieuse dans les pertes foudroyantes, surtout chez les femmes maigres, à raison de la plus grande facilité de l'exercer. Nous ne possédons pas encore un assez grand nombre de faits pour décider convenablement de sa valeur relative.

Parmi les observations de pertes utérines par inertie, que j'ai puisées à la clinique de M. Delmas ou ailleurs, je me contenterai de citer les trois suivantes.

Observation recueillie à la clinique de M. Delmas.

Traitement anti-syphilitique. — Accouchement prématuré. — Mort du fœtus. — Deux hémorrhagies le second jour. — Rétablissement de la mère.

Louise M***, agée de 27 ans, tempérament sanguin, ayant eu déjà deux couches heureuses, entre à la maternité au septième mois d'une troisième grossesse. On oppose un traitement mercuriel à des traces vénériennes qu'elle portait aux organes génitaux. Dans le commencement du neuvième mois, Louise M***, guérie de sa maladie syphilitique, éprouve du malaise, de la céphalalgie. L'affaissement des mamelles est remarquable depuis quelques jours. Cette femme accuse un ballotement latéral du ventre, elle ne sent plus les mouvements de son enfant ; quant à nous, nous ne pouvons plus entendre la circulation fœtale. Après trois jours de cet état, le travail se déclare, et six heures suffisent pour l'expulsion d'un fœtus dont divers points de putréfaction

attestent que la mort n'est pas récente. La délivrance ne se fait point attendre, et l'utérus revient sur lui-même.

Le lendemain la malade a de l'agitation, de la céphalalgie; son pouls prend de la fréquence et de la plénitude ; il survient, à neuf heures du matin, une hémorrhagie externe, elle ne dure qu'une demi-heure. Un courant d'air et des frictions sur l'utérus rendent à cet organe des forces contractiles. Mais, à quatre heures de l'après-midi, une seconde inertie renouvelle la perte avec une abondance des plus alarmantes ; des caillots sont retenus sur les draps, et du sang a traversé les couches pour arriver jusque sur le carreau. Pressions fortes à l'hypogastre ; compresses vinaigrées sur les cuisses, la vulve, l'abdomen; renouvellement de l'air; boisson ordinaire froide et édulcorée avec le sirop de vinaigre : tel est le traitement. La malade éprouve plusieurs syncopes durant l'hémorrhagie ; l'affaiblissement qui succède amène cinq ou six lipothymies dans l'espace de sept à huit heures. On exerce une compression continue sur la matrice au moyen d'un drap plié en carré. Les suites n'offrent rien de fâcheux; les forces de la malade renaissent, et vingt jours après elle quitte la Maternité.

Observation prise dans ma pratique.

Hémorrhagie externe après l'accouchement. — Guérison de la mère.

Mme C***, âgée de 23 ans, excessivement nerveuse, primipare, éprouve durant sa grossesse une foule d'incommodités qui nécessitent bien des soins ; cependant elle arrive à terme. Dans la matinée du 2 mars 1837, le travail se déclare ; des douleurs courtes, faibles, mais fréquentes, opèrent la dilatation; vers six heures du soir l'accouchement se termine. Immédiatement après la sortie du délivre, une perte menace les jours de cette femme qui croyait n'avoir plus rien à craindre: pendant plusieurs heures des syncopes fréquentes accompagnent cet accident. La malade, habituellement pâle, offrait alors la couleur de la cire; ses lèvres surtout étaient blanches, les membres froids, et le pouls petit.

La main appliquée sur la matrice sent cet organe exécuter fréquemment des mouvements de contraction et de dilatation alternatifs ; l'œil perçoit même ces changements d'état ; le sang ne s'échappe par la vulve que pendant les contractions, mais à flots, comme après la sortie du placenta. Il semblait que ce fluide s'épanchât dans la cavité utérine pendant la dilatation, d'où la contraction venait tout-à-coup le chasser avec force.

De la limonade, qui se trouvait prête, est administrée froide, des frictions sur l'abdomen sont exécutées, des compresses imbibées d'eau vinaigrée recouvrent la vulve, les cuisses et l'hypogastre, des linges chauds sont placés sur les extrémités. Mais, ne sachant au juste si je dois rattacher la perte à un état spasmodique plutôt qu'à l'inertie de la matrice, je cherche à remplir les deux indications à la fois ; je fais prendre 25 grains de seigle ergoté dans un bouillon, et, presque en même temps, une potion anti-spasmodique. Sous l'influence de l'un de ces moyens, peut-être de tous deux à la fois, l'utérus prend peu à peu un état permanent de contraction, le sang cesse de couler, et la femme échappe à une mort qui eût bientôt été inévitable, si l'accident s'était prolongé. Les suites se passent très-avantageusement, la santé est bientôt parfaite.

Observation extraite de ma pratique.

Application du forceps faite deux fois sans succès par un médecin. — Une troisième application, faite par moi, extrait un enfant qui n'existait plus. — Bien-être de la femme quelques heures après la délivrance. — Retour de l'inertie. — Perte interne foudroyante. — Mort.

M. V., âgée de 24 ans environ, tempérament névroso-sanguin, taille grande, primipare, porte le fruit de la conception jusqu'au terme de la grossesse sans en être fatiguée. Le 10 janvier, les douleurs de l'accouchement se font sentir, mais avec insuffisance. La tête semble se fixer l'occiput en avant et le front en arrière ; dès-lors elle ne fait plus de progrès. Le 12, dans la matinée, on appelle un médecin qui prescrit un bain général tiède ; à sa deuxième visite, quelques

heures plus tard, ayant appliqué deux fois le forceps sans succès, il croit devoir se retirer. Le 13, à quatre heures du matin, on se rend chez un second, qui, ne pouvant voir la malade, juge à propos d'ordonner 12 grains de seigle ergoté. Vers six heures du soir un troisième refuse son assistance. Enfin, à neuf heures j'arrive auprès de la patiente. Le toucher m'apprend que la tête, quoique faisant saillie dans l'excavation du bassin, est cependant arrêtée au détroit supérieur, son diamètre occipito-frontal en rapport avec le diamètre sacro-pubien.

La longueur du travail a amené un tel anéantissement des forces que la malade ne peut exécuter aucun mouvement par elle-même; la voix est faible, le pouls petit, l'inertie de la matrice est complète; les mouvements du fœtus et la circulation ne sont plus perçus. La position est embarrassante : j'envisage que la mort peut arriver durant les manœuvres pour peu qu'elles soient pénibles et longues. Cependant le désir d'être utile, s'il en est temps encore, à cette malheureuse qu'on abandonne aux ressources impuissantes de la nature, me fait oublier toute responsabilité devant cette entreprise que le retard a rendue plus que téméraire. Mon forceps placé, je refoule la tête en totalité, puis, repoussant le front et abaissant l'occiput, le mouvement de flexion se trouve complet et présente le diamètre occipito-bregmatique au détroit sacro-pubien. Après cette conversion, quelques tractions légères amènent en quelques minutes la tête au-dehors.

L'enfant a cessé de vivre; mais sa mort avait précédé de beaucoup le moment de son extraction, puisque, à mon arrivée, je n'avais pu reconnaître ni la circulation ni le bruit placentaire. D'ailleurs l'expulsion au moyen du forceps en avait été facile, et la tête n'offrait pas la plus légère marque de violence. L'utérus ayant épuisé ses forces, la délivrance est un peu longue, ce n'est qu'avec peine qu'il se contracte sous l'influence de frictions prolongées. Un drap plié en carré est placé sur l'hypogastre.

Le succès a dépassé mon attente, la malade se trouve assez bien quelques heures après l'accouchement, la confiance renaît chez elle; sa parole a acquis de la fermeté, sa voix n'est plus tremblotante; le

pouls est néanmoins toujours petit et fréquent. Je prescris une potion anti-spasmodique, quelques cuillerées de vin et de bouillon de deux en deux heures, une infusion de tilleul et de mélisse pour tisane. Je me retire après avoir averti la sage-femme de surveiller la matrice, et de me faire avertir, en cas d'hémorrhagie que l'inertie de la matrice, dont j'avais eu peine à me rendre maître, me portait à redouter. La malade succomba, dans la soirée du 14, à une hémorrhagie utérine, pendant une absence que l'accoucheuse avait cru pouvoir faire à cause du calme où elle la voyait.

La surface extérieure était d'une pâleur extraordinaire, l'utérus avait pris un volume double de celui qu'il présentait lors de mon départ, le vagin et la vulve étaient obstrués par des caillots sanguins.

II. Molimen général.

Cette hémorrhagie s'accompagne d'un état fébrile plus ou moins prononcé ; elle survient chez les personnes sanguines, très-irritables et fort sujettes à des menstruations irrégulières et exagérées.

Le pronostic n'en est nullement fâcheux, elle constitue elle-même le moyen le plus propre à déprimer le molimen, et à prévenir la métrite, la péritonite, les congestions sanguines.

III. Irritation locale.

Les déchirures de l'orifice utérin, les tiraillements auxquels il a été soumis dans l'accouchement, sont les causes les plus fréquentes de cette irritation. On combattra l'hémorrhagie qui pourrait en dépendre par des saignées révulsives, si elle est trop forte, les mucilagineux, le régime, le repos, etc.

IV. Influences sympathiques.

On a observé maintes fois des pertes utérines qui, subordonnées à des affections bilieuses, cédaient rapidement à l'emploi des vomitifs et des purgatifs (Pasta, Lamotte, Gardien, Baudelocque). On en a vu d'autres produites sympathiquement par un éréthisme nerveux, par

un accès d'hystérie (Whith, Pomme, M. Velpeau), l'opium a servi à les combattre fort efficacement. Plusieurs praticiens ont remarqué combien l'accumulation de matières durcies dans le rectum était puissante pour exciter l'utérus, et conséquemment pour mettre en jeu une disposition hémorrhagique ; l'indication contre une telle cause est facile à saisir.

V. Grossesse double avec décollement de l'un des deux placentas, ou avec communication de ces deux corps.

Quand il y a plusieurs enfants dans l'utérus, il est possible qu'un assez long intervalle s'écoule entre la sortie du premier et celle du second ; dans ce cas, si le placenta de celui qui est sorti le premier reste dans la matrice, il peut être cause, par son décollement, d'une hémorrhagie qui ne pourra être arrêtée que par l'extraction du second enfant et des deux placentas. Voici une observation relative à cette circonstance recueillie à la clinique de M. Delmas.

Grossesse double. — Hémorrhagie après la naissance du premier fœtus. — Version du second. — Mort des deux enfants. — Rétablissement de la mère.

Marie Hug., âgée de 25 ans, douée d'une forte constitution, est enceinte pour la seconde fois ; son premier accouchement a été heureux ; elle n'a point été incommodée de sa seconde grossesse qu'elle porte à terme. Le 5 juin, Marie Hug.... commence à se plaindre à quatre heures du matin ; le travail marche rapidement, à neuf heures un enfant franchit la vulve ; il paraît avoir succombé avant d'être arrivé au terme de la grossesse ; il est très-peu volumineux et dans un état de putréfaction.

Le volume de l'abdomen a peu diminué chez l'accouchée, un second enfant est reconnu. On déchire la poche qui le contient ; avec la liqueur amniotique s'écoule une assez grande quantité de sang. Cette effusion sanguine, par sa continuité, pouvait devenir dangereuse, si on ne s'était hâté d'y mettre fin. D'un autre côté, l'enfant se présente par l'épaule droite ; dans cette circonstance, considérant qu'il

n'est pas de moyens plus rationnels d'arrêter l'hémorrhagie que de terminer l'accouchement, le professeur Delmas n'hésite pas à recourir à la version. La manœuvre est laborieuse ; il est un instant où l'opérateur a besoin de toute son habileté : c'est celui où ramenant les pieds à l'orifice, il y trouve déjà le bras droit et le placenta de l'enfant sortis. Un lac étant appliqué sur le pied, on s'occupe d'extraire le premier placenta dont le décollement est la source de l'hémorrhagie ; immédiatement après, le deuxième enfant sort suivi lui-même de son arrière-faix. Aussitôt la perte cesse, l'utérus est revenu sur lui-même.

Le deuxième enfant est à terme. Il nous a été possible de sentir pendant quelque temps les battements du cœur, mais la respiration n'a pu s'établir. La perte et les manœuvres pénibles avaient jeté cette femme dans une grande faiblesse, cependant elle s'est parfaitement rétablie.

Plusieurs observateurs, entre autres, Désormeaux, Sédillot et M. le professeur Lallemand, ont vu des hémorrhagies par communication des deux placentas réunis en une masse commune. Elle peut faire périr l'enfant non encore expulsé de l'utérus, si l'on n'a pas la précaution de lier la portion placentaire du cordon.

VI. Rétention du placenta ou de quelques caillots.

Si l'hémorrhagie produite par ces corps était copieuse, on prescrirait les moyens propres à réveiller les contractions de la matrice, et en cas de leur insuffisance, on procéderait à la compression de l'abdomen, et à leur extraction si l'orifice utérin était assez ouvert.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL, *Suppléant.*	*Anatomie.*
DUGES, Président.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES, *Examinateur.*	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.	MM. FAGES.
KÜNHOHLTZ.	BATIGNE.
BERTIN, *Examinateur.*	POURCHÉ.
BROUSSONNET.	BERTRAND.
TOUCHY.	POUZIN, *Examinateur.*
DELMAS, *Suppléant.*	SAISSET.
VAILHÉ.	ESTOR.
BOURQUENOD.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.